

ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗОВОЙ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Сидоренко Е.В., Выхристенко Л.Р.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из основных неинфекционных заболеваний, которым страдает 1-18% населения разных стран. Из установленных врачами-аллергологами диагнозов БА в Республике Беларусь в 2016 г. 85,8% составила аллергическая форма, при которой применение аллергенспецифической терапии (АСИТ) позволяет модифицировать иммунный ответ, с доказанными долгосрочными преимуществами [1, 2]. Ориентированное на контроль лечение позволяет улучшить качество жизни пациентов с БА, снизить частоту тяжелых осложнений и инвалидизации [4, 5, 6].

Цель исследования – оценка динамики уровня контроля над симптомами БА и качества жизни пациентов на фоне комбинированного лечения – низкодозовой пероральной АСИТ по сравнению с фармакотерапией (ФТ).

Материал и методы. В исследование были включены 56 пациентов с аллергической БА лёгкой степени тяжести, у 30 из которых диагностировано контролируемое течение заболевания. Обследование и лечение пациентов проводилось в аллергологическом отделении УЗ "Витебская областная клиническая больница", затем - амбулаторно под контролем врача-аллерголога. Пациенты были разделены на 2 однородные по полу и возрасту группы в зависимости от получаемой терапии. Первая группа включала 28 пациентов, получающих ФТ [3] и специфическую иммунотерапию бытовыми аллергенами. Применяли гомеопатическую низкодозовую пероральную аллерговакцину, произведённую аптекой первой категории УО «ВГМУ», состав которой аналогичен таблетированной аллерговакцине «АВ-1П» (домашняя пыль, пылевой клещ *D. pteronyssinus*, перо подушки, библиотечная пыль), производитель - "Диалек" (г. Минск) [4]. Суммарная курсовая доза пероральной аллерговакцины на год лечения составила 13,6 мкг (1360 PNU). Вторая группа включала 28 пациентов, получающих только ФТ: β_2 -агонисты короткого и длительного действия, ингаляционные глюкокортикостероиды, или их фиксированные комбинации. Всем пациентам до начала лечения и через 12 месяцев проводился комплексный мониторинг состояния с оценкой уровня контроля симптомов БА (валидизированный опросник АСТ-тест, [5]), качества жизни (валидизированный опросник AQ-20, [6]), потребности в β_2 -агонистах короткого действия. Полученные результаты обрабатывались статистически с использованием критериев Вилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты исследования. Самый лучший уровень контроля БА по опроснику АСТ-тест равен 25 баллам, а самый худший - 0 баллов. Самый высокий показатель качества жизни по опроснику AQ-20 равен 0 баллов, а

самый худший - 20 баллов. Динамика уровня контроля над симптомами БА и качества жизни пациентов в группах продемонстрирована в таблице.

Таблица. Динамика уровня контроля БА и качества жизни пациентов по результатам АСТ-теста и AQ-20 теста (баллы, Ме [25%;75%])

Показатель	Группы, методы лечения			
	Группа 1, АСИТ+ФТ, n=28		Группа 2, ФТ, n=28	
	Исходно	Через 12 мес.	Исходно	Через 12 мес.
Уровень контроля астмы (АСТ-тест)	20,5 [15,0;23,0]	23,5 [20,0;25,0]	19,0 [15,0;23,0]	22,0 [18,0;24,0]
p исх. – 12 мес.	p=0,008		p<0,001	
Качество жизни (AQ-20)	10,0 [5,5;12,0]	3,0 [1,0;7,0]	10,0 [5,0;13,5]	9,0 [5,5;14,0]*
p исх. – 12 мес.	p<0,001		p=0,07	

Примечание: □ - p=0,0003 - отличие результата AQ-20 теста между 1-й и 2-й группами (критерий Манна-Уитни).

Исходно в группе 1 астма была контролируемой у 17 из 28 пациентов, после курса АСИТ - у 22 пациентов, уровень контроля возрос с 20,5 [15,0;23,0] баллов до 23,5[20,0;25,0], p=0,008. В группе 2 исходно частично контролируемое течение астмы наблюдалось у 15 из 28 пациентов, полностью контролируемое - у 13 пациентов (19,0 [15,0;23,0]), через 12 месяцев полный контроль над симптомами заболевания выявлен у 19 из 28 пациентов (22,0 [18,0;24,0]), p<0,001. Различий по числу пациентов, повысивших контроль астмы в ходе лечения, а также различий по баллам АСТ-теста между группами не выявлено. Однако в группе 1, получавшей низкодозовую пероральную аллерговакцину, уменьшилась потребность пациентов в β_2 -агонистах короткого действия: 12 пациентам удалось снизить их дозу, а 8 из 28 смогли полностью отказаться от них, что указывает на формирование иммунологической толерантности к аллергенам. В группе ФТ отсутствовала положительная динамика в отношении использования β_2 -агонистов короткого действия. Кроме этого, отмечена меньшая приверженность пациентов к лечению: 7 пациентов самостоятельно прекратили лечение ингаляционными глюкокортикостероидами в ранние сроки, в 5-и случаях выявлено использование малоэффективных низких доз.

До курса АСИТ качество жизни в группе 1 составляло 10 [5,5;12,0] баллов, после лечения повысилось до 3,0 [1,0;7,0]), p=0,001. В группе 2 качество жизни пациентов в течение года не изменилось - 10,0 [5,0;13,5] и (9,0 [5,5;14,0]) соответственно, (p=0,07). При сравнении результатов AQ-20 теста после лечения между группами 1 и 2 получены достоверные различия (p=0,001).

Таким образом, наше исследование демонстрирует более выраженный эффект от применения комбинации низкодозовой пероральной АСИТ и ФТ по сравнению с ФТ у пациентов с аллергической БА. Ранее сходные

результаты были получены при применении таблетированной формы низкодозовой алерговакцины [4].

Выводы.

1. Комбинация пероральной низкодозовой АСИТ с фармакотерапией повышает уровень контроля над симптомами БА у пациентов, сопровождается снижением потребности в β_2 -агонистах короткого действия, повышением качества жизни.

2. Низкодозовая пероральная алергенспецифическая иммунотерапия в сочетании с фармакотерапией является наиболее эффективным методом лечения аллергической БА в сравнении с ФТ.

Литература:

1. World Health Organization (WHO): Fact sheet No. 307 on Asthma. April 2017.

2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017 GINA Report [Electronic resource] / World Health Organisation. – 2017 – Mode of access: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention>. – Date of access: 15.09.2017.

3. Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 768 ; 05.07.2012. – Прил. 3.

4. Выхристенко, Л. Р. Эффективность и безопасность пероральной низкодозовой алерговакцины при атопической бронхиальной астме / Л. Р. Выхристенко, Д. К. Новиков // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2013. – № 1. – С. 26–40.

5. Белевский, А. С. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста / А. С. Белевский, Н. П. Княжеская, Ю. К. Новиков // Пульмонология и аллергология. – 2007. – № 1. – С. 43–47.

6. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш. З. Загидуллин [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 49–53.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Солодовникова С.В., Литвяков А.М., Солодовникова О.И., Дашкевич А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из основных причин инвалидизации трудоспособного населения. Поэтому борьба с ишемической болезнью сердца имеет важнейшее социальное и экономическое значение и приравнена к самым актуальным задачам, стоящим перед обществом. Тем более что отмечается неуклонный рост числа этих заболеваний и их осложнений [1]. А синдром прогрессирующей сердечной недостаточности (СН) остается основной причиной заболеваемости и смертности, несмотря на применение всех современных медикаментозных и хирургических методов лечения. ИБС является одной из